Composante du produit nº 82-003-X au catalogue de Statistique Canada
Rapports sur la santé

Article

Activité physique durant les loisirs à la suite d'un diagnostic de problème de santé vasculaire

par Pamela L. Ramage-Morin, Julie Bernier, Jason T. Newsom, Nathalie Huguet, Bentson H. McFarland et Mark S. Kaplan

Janvier 2012

Statistique Canada Statistics Canada

Canada

Activité physique durant les loisirs à la suite d'un diagnostic de problème de santé vasculaire

par Pamela L. Ramage-Morin, Julie Bernier, Jason T. Newsom, Nathalie Huguet, Bentson H. McFarland et Mark S. Kaplan

Résumé

Contexte
Une meilleure compréhension des facteurs associés à l'activité physique durant les loisirs chez les personnes atteintes de problèmes de santé vasculaires chroniques peut aider les décideurs et les professionnels de la santé à élaborer des stratégies pour promouvoir la prévention secondaire chez les Canadiens âgés.

Données et méthodes
Les données transversales de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1994-1995, composante des ménages, et de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2007-2008 ont servi à estimer la prévalence de l'inactivité. Les données longitudinales pour huit cycles (1994-1995 à 2008-2009 inclusivement) de l'ENSP, tirées de la composante des ménages, ont été utilisées pour examiner l'activité physique durant les loisirs, les intentions quant à la modification des comportements à risque en matière de santé et les obstacles au changement.

Résultats
Plus de la moitié (54 %) de la population de 40 ans et plus était inactive durant ses loisirs en 2007-2008. Le diagnostic d'une nouvelle maladie vasculaire n'a pas été associé à l'adoption d'activité physique durant les loisirs. Parmi les personnes ayant reçu un tel diagnostic, la cote exprimant la possibilité de se mettre à faire de l'activité physique durant ses loisirs était plus élevée chez les personnes sans incapacité ou ayant une incapacité légère que chez les autres.

Interprétation
La majorité des Canadiens d'âge mûr et plus âgés sont inactifs. Ils ont tendance à le demeurer, même lorsqu'ils reçoivent un diagnostic de problème de santé vasculaire.

Mots-clés
Âgé, problème de santé chronique, personne âgée, exercice, promotion de la santé, mode de vie, âge moyen, santé publique, environnement social.

Auteurs
Pamela Ramage-Morin (1-613-951-1760; Pamela.Ramage-Morin@statcan.gc.ca) et Julie Bernier (1-613-951-4556; Julie.Bernier@statcan.gc.ca) travaillent à la Division de l'analyse de la santé de Statistique Canada, Ottawa (Ontario) K1A 0T6. Jason T. Newsom, Nathalie Huguet et Mark S. Kaplan travaillent à la Portland State University. Bentson H. McFarland travaille à l'Oregon Health and Science University.

Les modes de vie inactifs sont reconnus comme présentant un risque pour la santé et comme contribuant aux coûts élevés des soins de santé et au décès prématuré[1-4]. Le manque d'activité physique régulière est associé à l'apparition de problèmes de santé chroniques, y compris la maladie cardiaque, l'hypertension et le diabète[5,6]. L'activité physique peut contribuer à prévenir ces maladies – directement, grâce à une meilleure santé vasculaire[6,7], ou indirectement, grâce à des mesures comme le contrôle du poids, la réduction du stress et une bonne qualité de sommeil[8]. Les avantages s'étendent à la prévention secondaire, car un mode de vie actif chez les personnes déjà atteintes d'un problème de santé chronique aide à limiter la progression ou les complications de la maladie[8].

En dépit de la promotion active des avantages de l'activité physique, la plupart des Canadiens sont relativement inactifs. Moins de 15 % des adultes de 40 ans et plus respectent les nouvelles lignes directrices canadiennes en matière d'activité physique[9]. Environ 40 % des Canadiens de 40 à 59 ans dépassent, en moyenne, les 10 000 pas recommandés par jour; chez les 60 à 79 ans, la proportion est de 20 %[9].

Même si l'apparition d'une maladie vasculaire chronique n'est jamais une expérience positive, elle peut à la longue procurer des avantages pour la santé, dans la mesure où elle constitue un « rappel à l'ordre » et incite les personnes inactives à faire plus d'activité physique. De fait, les changements dans les comportements influant sur la santé qui suivent l'apparition de problèmes de santé chroniques sont bien documentés.

Par exemple, l'abandon du tabac est plus répandu chez les personnes ayant nouvellement reçu un diagnostic de problème de santé (p.ex., maladie cardiaque, accident vasculaire cérébral, cancer, diabète ou hypertension) que chez les personnes n'ayant pas reçu de diagnostic[10-14]. Une perte de poids intentionnelle, des changements au régime alimentaire, une réduction du cholestérol à lipoprotéines de faible densité (LDL) et une diminution de la consommation d'alcool à la suite d'événements indésirables en matière de santé ont également été déclarés[10,11,15,16].

Les résultats concernant les changements en matière d'activité physique à la suite d'un diagnostic de problème de santé chronique sont moins clairs. Newsom et coll.[16] n'ont fait état d'aucune augmentation significative du pourcentage de personnes qui sont devenues actives après avoir reçu un diagnostic; au contraire, les personnes ayant fait l'objet d'un diagnostic de cancer, d'accident vasculaire cérébral ou de maladie pulmonaire étaient moins susceptibles de déclarer faire régulièrement de l'exercice vigoureux. Quant à Neutal[12], il a noté une faible baisse de l'inactivité physique à la suite d'un diagnostic d'hypertension, tandis que van Gool et coll.[17] ont signalé une hausse de la probabilité d'être inactif à la suite d'un diagnostic de problème de santé chronique. Pour leur part, Allegrante et coll.[11] ont noté des changements positifs significatifs quant à l'activité physique globale et à la musculation chez les personnes ayant une maladie des artères coronaires.

La présente étude, qui repose sur un important échantillon longitudinal représentatif de la population d'adultes, vise à déterminer : 1) si les Canadiens inactifs de 40 ans et plus sans maladie vasculaire deviennent actifs à la suite d'un diagnostic de maladie vasculaire; 2) les facteurs liés au fait de devenir actif durant ses loisirs; et 3) les modifications apportées aux comportements influant sur la santé, y compris en regard de l'activité physique, chez les personnes ayant nouvellement reçu un diagnostic, ou les intentions en ce sens.

Méthodes

Source des données

Le pourcentage de personnes « inactives » dans la population a été estimé à partir du fichier transversal de 1994-1995 de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) et à partir de la composante annuelle de 2007-2008 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). Les données sur les changements au niveau de l'activité physique proviennent de huit cycles (1994-1995 à 2008-2009 inclusivement) du fichier longitudinal des ménages de l'ENSP. Des descriptions des méthodes de l'ENSP et de l'ESCC sont disponibles dans des articles déjà publiés[18-20]. D'autres détails concernant l'ENSP et l'ESCC sont compris dans la documentation relative à l'une et l'autre enquête, à l'adresse www.statcan.gc.ca.

Définitions

Afin de mesurer l'*activité physique durant les loisirs*, on a demandé aux participants à l'enquête d'indiquer la fréquence et la durée de leur participation à diverses activités au cours des trois mois précédents (tableau A en annexe)[21,22]. La dépense d'énergie (DE) quotidienne moyenne pour toutes les activités a été calculée de la façon suivante :

DE (kcal/kg/jour) = somme de ($[N_i * D_i *$ valeur MET$]$/365 jours), où :

N_i = nombre de fois que le participant à l'enquête a participé à une activité i sur une période de 12 mois;

D_i = durée moyenne en heures de l'activité i;

MET = demande d'énergie de l'activité exprimée en kilocalories dépensées par kilogramme de poids corporel par heure d'activité (kcal/kg/heure).

Les valeurs MET s'expriment habituellement selon trois niveaux d'intensité, à savoir faible, moyenne et élevée. Comme les participants à l'ENSP n'avaient pas à préciser l'intensité de leurs activités, on a utilisé les valeurs MET correspondant au niveau d'intensité faible pour chaque activité, une approche inspirée par l'*Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie*. Les participants à l'enquête ont été classés comme *inactifs* (DE<1,5) ou *actifs* (DE≥1,5). Les personnes qui étaient inactives à la date de référence et actives deux ans plus tard ont été classées comme étant *devenues actives*.

Les participants à l'enquête ont indiqué si un professionnel de la santé avait diagnostiqué chez eux un problème de santé chronique qui avait duré ou devait vraisemblablement durer six mois ou plus. Les personnes faisant de l'hypertension artérielle ou souffrant d'une maladie cardiaque et/ou du diabète ont été classées comme ayant une *maladie vasculaire*. Ont été considérées comme atteintes du diabète les personnes qui avaient pris de l'insuline le mois précédent. Une fois une maladie vasculaire déclarée pour une personne, on a considéré qu'elle était présente lors des cycles subséquents.

Le niveau d'*incapacité* a trait à la présence et à la gravité de problèmes de santé chroniques qui nuisent à l'activité physique, mais n'ont pas été inclus dans les modèles (p. ex., l'arthrite). Le niveau d'*incapacité* repose sur le Health Utilities Index Mark 3 (HUI3), un indice établi à l'Université McMaster[23-25] qui mesure l'état de santé fonctionnelle d'une personne à partir de plusieurs critères, à savoir la vue, l'ouïe, la parole, la mobilité, la dextérité, la cognition, l'état émotif, la douleur et l'inconfort. L'état de santé fonctionnelle a été évalué et défini en fonction des niveaux d'incapacité suivants : aucune incapacité (score de 1,00); incapacité légère (0,89 à 0,99); incapacité modérée (0,70 à 0,88); et incapacité grave (score inférieur à 0,70). On a ensuite dichotomisé la variable en *aucune incapacité/incapacité légère* et *incapacité modérée/incapacité grave*.

Des travaux de recherche antérieurs[26,27], s'appuyant sur l'échantillon longitudinal de l'ENSP de 1994-1995, ont permis de déterminer deux facteurs distincts dans l'échelle de contrôle, soit le *fatalisme* et le *contrôle*. Les cinq premiers énoncés du module sur le contrôle ont trait au *fatalisme* (valeur propre, 2,9; coefficient alpha de Cronbach, 0,8) :

1. Vous avez peu de contrôle sur ce qui vous arrive.
2. Vous ne pouvez vraiment rien faire pour résoudre certains de vos problèmes.
3. Vous ne pouvez pas faire grand-chose pour changer bien des choses importantes dans votre vie.
4. Vous vous sentez souvent impuissant(e) face aux problèmes de la vie.
5. Vous trouvez parfois que vous vous faites malmener dans la vie.

Les réponses ont été classées sur une échelle allant de 0 (tout à fait d'accord) à 4 (entièrement en désaccord), puis on a fait la somme des scores, qui pouvaient aller de 0 à 20. Les personnes dont le score global était inférieur à la médiane (14) ont été considérées comme *fatalistes*.

Les deux derniers énoncés ont trait au *contrôle* (valeur propre, 1,1; coefficient alpha de Cronbach, 0,5) :

6. Ce que votre avenir renferme dépend surtout de vous-même.
7. Vous pouvez réaliser à peu près tout ce que vous décidez de faire.

Les réponses ont été classées sur une échelle allant de 0 (entièrement en désaccord) à 4 (tout à fait d'accord), puis on a fait la somme des scores, qui pouvaient aller de 0 à 8. Les personnes ayant obtenu un score global inférieur à la médiane (6) ont été classées comme ayant un faible sentiment de *contrôle*. Dans les cycles 2 et 3 de l'ENSP, on a exclu le module sur le contrôle, de sorte que les analyses du fatalisme et du contrôle sont fondées sur les autres cycles.

Le *soutien social* perçu se fonde sur quatre questions oui/non tirées des deux premiers cycles de l'ENSP (tableau B en annexe). Les participants à l'enquête qui ont répondu « oui » aux quatre questions ont été considérés comme ayant un *soutien social élevé*. Pour les autres cycles, le soutien social perçu a été mesuré au moyen de la sous-échelle du soutien émotionnel/informationnel de l'Étude des issues médicales (EIM)[28]. Les huit questions ont été évaluées sur une échelle de cinq points : jamais (score de 1), pas souvent (2), parfois (3), la plupart du temps (4), ou tout le temps (5). Les personnes qui ont répondu « parfois », « la plupart du temps » ou « tout le temps » aux huit questions ont été classées comme ayant un *soutien social élevé*.

Techniques d'analyse

Les données ont été analysées à l'aide du logiciel SAS, version 9.1 (Droits d'auteur, 2002-2003, SAS Institute Inc.). Celles-ci ont été pondérées selon l'âge, le sexe et la province et ajustées pour la non-réponse, afin d'être cohérentes avec les estimations du recensement pour l'année de référence de l'enquête. Afin de tenir compte des effets de plan de sondage de l'ENSP et de l'ESCC, on a estimé des valeurs *p* et effectué des tests d'hypothèse au moyen de la méthode du *bootstrap*[29,30].

Analyses transversales

On a calculé des fréquences pondérées et des totalisations croisées à partir des données provenant du cycle 1 (1994-1995) de la composante des ménages de l'ENSP et de l'ESCC de 2007-2008, afin de pouvoir estimer le pourcentage de la population à domicile de 40 ans et plus qui était inactive, selon le sexe et le groupe d'âge.

Analyses longitudinales

Les fréquences pondérées ont servi à estimer le pourcentage de la population à domicile de 40 ans et plus qui était inactive ou active lors du premier cycle de l'ENSP. Pour les sept cycles subséquents (1996-1997 à 2008-2009 inclusivement), on a estimé parmi les personnes faisant toujours partie de la cohorte les pourcentages qui, d'un cycle à l'autre, sont demeurés ou devenus inactifs ou actifs.

La régression logistique multivariée s'appuie sur les données provenant de huit cycles de l'ENSP. Les données ont été regroupées en sept cohortes d'observations pour les années de référence, à partir de 1994-1995, et les suivis ont été menés à deux ans d'intervalle (tableau C en annexe). Faisaient uniquement partie de l'échantillon de l'étude les participants à l'enquête qui, à chaque date de référence, étaient âgés de 40 ans et plus, étaient inactifs et n'avaient pas de maladie vasculaire, et qui ont répondu de façon complète à l'enquête à la date de référence et lors du suivi. Les participants à l'enquête ont continué de fournir des enregistrements aux fins des analyses pour chaque cycle pour lequel ils répondaient aux critères de référence.

Le deuxième cycle de l'ENSP comportait des questions sur l'amélioration des comportements influant sur la santé, et sur les intentions et les obstacles en ce sens. L'analyse des associations entre le diagnostic d'une nouvelle maladie vasculaire et ces variables reposait sur les observations auprès des membres de la première cohorte (1994/1995 à 1996/1997).

Les analyses ont toutes été stratifiées selon le sexe.

Résultats

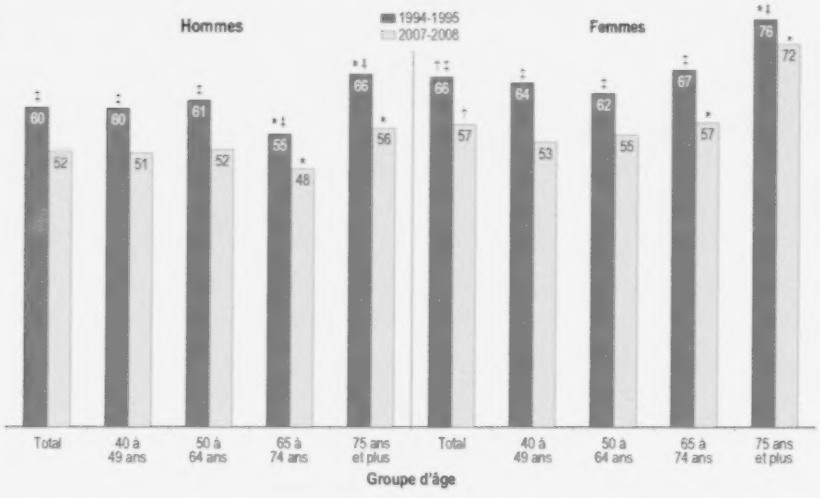
En 2007-2008, 54 % des personnes de 40 ans et plus étaient inactives durant leurs loisirs, ce qui représente une baisse par rapport au taux de 63 % enregistré en 1994-1995. Ce changement est ressorti pour tous les groupes d'âge (figure 1).

Les personnes de 75 ans et plus étaient plus susceptibles que les adultes plus jeunes d'être inactives. Toutefois, les hommes de 65 à 74 ans étaient *moins* susceptibles que ceux de 50 à 64 ans d'être inactifs. Dans l'ensemble, les femmes étaient plus susceptibles que les hommes d'être inactives.

D'un cycle de l'ENSP à l'autre, près de 30 % des membres de la cohorte ont modifié leur niveau d'activité physique durant les loisirs, le nombre de personnes devenues actives équivalant à peu près au nombre devenues inactives (figure 2).

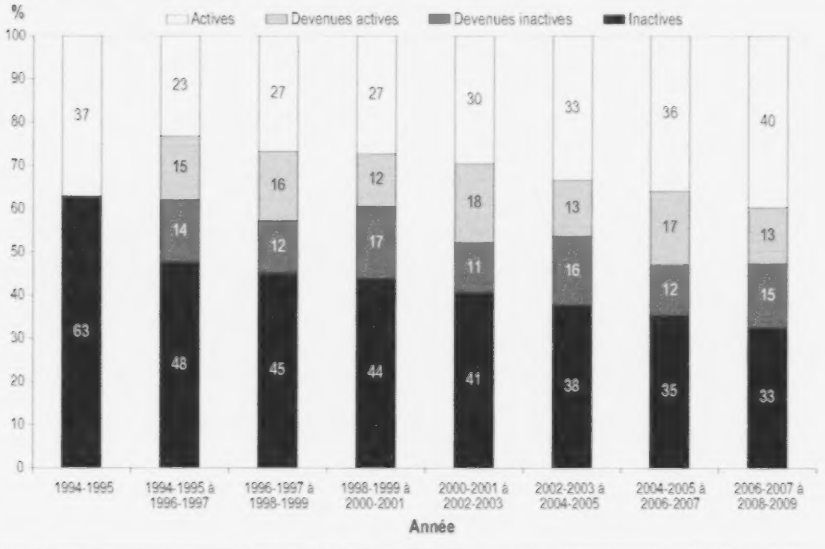
Chez les hommes, le diagnostic d'une nouvelle maladie vasculaire n'était pas associé au niveau d'activité physique au moment du suivi (tableau 1). Par contre, chez les femmes ayant reçu un diagnostic, la cote exprimant la possibilité d'être active au moment du suivi était plus faible (0,8), même si cette association

Figure 1
Pourcentage de personnes inactives durant leurs loisirs, selon le groupe d'âge et le sexe, population à domicile de 40 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1994-1995 à 2007-2008



* estimation significativement différente de celle pour le groupe d'âge précédent la même année ($p < 0,05$)
† estimation significativement différente de celle pour les hommes la même année ($p < 0,05$)
‡ estimation significativement différente de celle pour 2007-2008 ($p < 0,05$)
Source : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, échantillon transversal; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2007-2008.

Figure 2
Pourcentage de personnes qui ont maintenu ou modifié leur niveau d'activité durant les loisirs sur une période de deux ans, population à domicile âgée de 40 ans et plus à la date de référence, Canada, territoires non compris, 1994-1995 à 2008-2009



Source : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, échantillon longitudinal (carré)

s'estompait lorsque d'autres facteurs étaient pris en compte (tableau 2). Dans les modèles ajustés, toujours chez les femmes, le fait d'être jeune et de ne pas avoir d'incapacité, ou d'avoir une incapacité légère, était associé à une cote exprimant la possibilité de devenir active plus élevée. Un niveau de scolarité plus élevé était associé au fait de devenir actif chez les membres des deux sexes.

Les anciens fumeurs des deux sexes avaient une cote exprimant la possibilité de devenir actif plus élevée, comparativement aux fumeurs actuels. Dans les modèles ajustés, ce rapport se maintenait, mais aucune différence ne ressortait entre les personnes qui n'avaient jamais fumé et celles qui fumaient.

Chez les personnes fatalistes et chez celles qui croyaient avoir un moins grand sentiment de contrôle, la cote exprimant la possibilité de devenir actif était moins élevée, même si ces associations disparaissaient lorsque des facteurs éventuellement confusionnels étaient pris en compte.

Les résultats ont fait ressortir des associations selon le sexe entre les ressources sociales et l'activité physique durant les loisirs. Chez les hommes ayant un médecin de famille et un niveau élevé de soutien social, la cote exprimant la possibilité de devenir actif était plus élevée, même si l'association avec le soutien social diminuait dans le modèle corrigé. Dans le cas des femmes, le fait d'avoir un conjoint et d'avoir un niveau de soutien social élevé étaient significatifs, mais encore une fois, le lien avec le soutien social s'atténuait lorsque d'autres facteurs confusionnels étaient pris en compte.

Même si le diagnostic d'une maladie vasculaire n'était généralement pas associé au fait de devenir actif, certaines personnes ayant fait l'objet d'un nouveau diagnostic se sont mises à faire de l'activité physique durant leurs loisirs. L'analyse a été reprise, uniquement pour les participants à l'enquête qui avaient reçu le diagnostic d'une nouvelle maladie vasculaire (tableaux 3 et 4). Même lorsque d'autres facteurs confusionnels

Tableau 1
Rapports de cotes reliant certaines caractéristiques au fait de devenir actif, population à domicile d'hommes inactifs de 40 ans et plus sans maladie vasculaire à la date de référence, Canada, territoires non compris, 1994-1995 à 2008-2009

				Modèle 1			Modèle 2			Modèle 3			Modèle 4		
	Rapports de cotes non corrigés	Intervalle de confiance à 95 %		Rapports de cotes corrigés	Intervalle de confiance à 95 %		Rapports de cotes corrigés	Intervalle de confiance à 95 %		Rapports de cotes corrigés	Intervalle de confiance à 95 %		Rapports de cotes corrigés	Intervalle de confiance à 95 %	
Caractéristiques		de	à		de	à		de	à		de	à		de	à
Diagnostic d'une nouvelle maladie vasculaire															
Oui	0,9	0,7	1,1	0,9	0,7	1,1	0,9	0,7	1,1	0,9	0,7	1,1	0,9	0,7	1,2
Non†	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
Incapacité															
Aucune ou légère	1,2	1,0	1,4	1,1	1,0	1,4	1,1	1,0	1,4	1,1	0,9	1,4	1,1	0,9	1,3
Modérée ou grave†	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
À la date de référence															
Données sociodémographiques															
Groupe d'âge															
40 à 49 ans	1,3	1,0	1,9	1,1	0,8	1,6	1,2	0,9	1,7	1,2	0,8	1,8	1,2	0,9	1,8
50 à 64 ans	1,3	0,9	1,9	1,2	0,8	1,7	1,3	0,9	1,8	1,3	0,9	2,0	1,2	0,9	1,8
65 à 74 ans	1,4	1,0	2,0	1,4	1,0	1,9	1,4	1,0	2,0	1,5	1,0	2,4	1,4	1,0	2,0
75 ans et plus†	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
Niveau de scolarité															
Diplôme d'études postsecondaires	1,3*	1,1	1,6	1,3*	1,1	1,6	1,3*	1,1	1,6	1,3*	1,0	1,6	1,3*	1,1	1,5
Pas de diplôme d'études postsecondaires†	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
Comportement influant sur la santé															
Usage du tabac															
N'a jamais fumé	1,3*	1,0	1,6	...	...	...	1,2	1,0	1,6	...	...	...	...	...	...
Ancien fumeur	1,4*	1,2	1,7	...	...	...	1,4*	1,2	1,7	...	...	...	...	...	...
Fumeur actuel†	1,0	...	...	...	...	...	1,0	...	...	...	...	...	...	...	...
Caractéristiques personnelles															
Fatalisme‡															
Élevé	0,8*	0,7	0,9	...	...	...	...	...	...	0,9	0,7	1,0	...	...	...
Faible†	1,0	...	...	...	...	...	...	...	...	1,0	...	...	...	...	...
Contrôle‡															
Faible	0,8*	0,6	1,0	...	...	...	...	...	...	0,8	0,6	1,0	...	...	...
Élevé†	1,0	...	...	...	...	...	...	...	...	1,0	...	...	...	...	...
Ressources sociales															
A un médecin de famille															
Oui	1,3*	1,0	1,6	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1,2*	1,0	1,5
Non†	1,0	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1,0	...	...
Soutien social élevé															
Oui	1,3*	1,1	1,6	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1,2	1,0	1,5
Non†	1,0	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1,0	...	...
Marié / vivant en union libre / vivant avec un(e) conjoint(e)															
Oui	1,2	1,0	1,4	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1,1	0,9	1,3
Non†	1,0	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1,0	...	...

† catégorie de référence
‡ d'après les cycles 1 et 4 à 8 inclusivement
* estimation significativement différente de celle pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)
... n'ayant pas lieu de figurer

Nota : Les chiffres ayant été arrondis, certains rapports de cotes ayant une limite de confiance inférieure ou supérieure de 1,0 étaient statistiquement significatifs.
Source : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995 à 2008-2009, échantillon longitudinal (carré).

Tableau 2
Rapports de cotes reliant certaines caractéristiques au fait de devenir active, population à domicile de femmes inactives de 40 ans et plus sans maladie vasculaire à la date de référence, Canada, territoires non compris, 1994-1995 à 2008-2009

				Modèle 1			Modèle 2			Modèle 3			Modèle 4		
Caractéristiques	Rapports de cotes non corrigés	Intervalle de confiance à 95 % de	à	Rapports de cotes corrigés	Intervalle de confiance à 95 % de	à	Rapports de cotes corrigés	Intervalle de confiance à 95 % de	à	Rapports de cotes corrigés	Intervalle de confiance à 95 % de	à	Rapports de cotes corrigés	Intervalle de confiance à 95 % de	à
Diagnostic d'une nouvelle maladie vasculaire															
Oui	0,8*	0,6	1,0	0,9	0,7	1,1	0,9	0,7	1,1	0,8	0,6	1,0	0,9	0,7	1,1
Non†	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
Incapacité															
Aucune ou légère	1,8*	1,6	2,1	1,7*	1,5	2,0	1,7*	1,4	2,0	1,7*	1,4	2,0	1,6*	1,4	1,9
Modérée ou grave†	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
À la date de référence															
Données sociodémographiques															
Groupe d'âge															
40 à 49 ans	2,5*	1,9	3,4	1,9*	1,4	2,6	1,9*	1,4	2,6	2,1*	1,4	3,1	1,8*	1,3	2,4
50 à 64 ans	2,8*	2,1	3,8	2,3*	1,7	3,1	2,3*	1,7	3,1	2,4*	1,6	3,5	2,2*	1,6	3,0
65 à 74 ans	2,4*	1,8	3,3	2,1*	1,5	2,9	2,1*	1,5	2,8	2,3*	1,5	3,5	2,0*	1,5	2,8
75 ans et plus†	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
Niveau de scolarité															
Diplôme d'études postsecondaires	1,4*	1,2	1,6	1,3*	1,1	1,5	1,3*	1,1	1,5	1,2*	1,0	1,4	1,3*	1,1	1,5
Pas de diplôme d'études postsecondaires†	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
Comportement influant sur la santé															
Usage du tabac															
N'a jamais fumé	1,0	0,9	1,2	...	...	...	1,0	0,9	1,2	...	...	...	...	...	...
Ancien fumeur	1,4*	1,2	1,7	...	...	...	1,4*	1,1	1,6	...	...	...	...	...	...
Fumeur actuel†	1,0	...	...	...	...	...	1,0	...	...	...	...	...	...	...	...
Caractéristiques personnelles															
Fatalisme[2]															
Élevé	0,8*	0,7	1,0	...	...	...	...	...	...	0,9	0,8	1,1	...	...	...
Faible†	1,0	...	...	...	...	...	...	...	...	1,0	...	...	...	...	...
Contrôle[2]															
Faible	0,8*	0,6	0,9	...	...	...	...	...	...	0,9	0,7	1,1	...	...	...
Élevé†	1,0	...	...	...	...	...	...	...	...	1,0	...	...	...	...	...
Ressources sociales															
A un médecin de famille															
Oui	1,2	0,9	1,5	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1,2	0,9	1,5
Non†	1,0	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1,0	...	...
Soutien social élevé															
Oui	1,4*	1,1	1,6	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1,2	1,0	1,4
Non†	1,0	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1,0	...	...
Mariée / vivant en union libre / vivant avec un(e) conjoint(e)															
Oui	1,4*	1,2	1,7	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1,3*	1,1	1,5
Non†	1,0	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1,0	...	...

† catégorie de référence
[2] d'après les cycles 1 et 4 à 8 inclusivement
* estimation significativement différente de celle pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)
... n'ayant pas lieu de figurer

Nota : Les chiffres ayant été arrondis, certains rapports de cotes ayant une limite de confiance inférieure ou supérieure de 1,0 étaient statistiquement significatifs.
Source : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995 à 2008-2009, échantillon longitudinal (carré).

Tableau 3
Rapports de cotes reliant certaines caractéristiques au fait de devenir actif, population à domicile d'hommes inactifs de 40 ans et plus ayant reçu le diagnostic d'une nouvelle maladie vasculaire, Canada, territoires non compris, 1994-1995 à 2008-2009

				Modèle 1			Modèle 2			Modèle 3			Modèle 4		
	Rapports de cotes non corrigés	Intervalle de confiance à 95 %		Rapports de cotes corrigés	Intervalle de confiance à 95 %		Rapports de cotes corrigés	Intervalle de confiance à 95 %		Rapports de cotes corrigés	Intervalle de confiance à 95 %		Rapports de cotes corrigés	Intervalle de confiance à 95 %	
Caractéristiques		de	à		de	à		de	à		de	à		de	à
Diagnostic d'une nouvelle maladie vasculaire															
Oui	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Non†	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Incapacité															
Aucune ou légère	1,9*	1,2	2,9	1,9*	1,2	2,9	1,9*	1,2	2,9	2,0*	1,1	3,6	1,7*	1,1	2,6
Modérée ou grave†	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
À la date de référence															
Données sociodémographiques															
Groupe d'âge															
40 à 49 ans	2,7*	1,1	7,1	2,2	0,8	5,8	2,3	0,9	6,1	2,8	0,7	12,0	2,0	0,7	5,4
50 à 64 ans	2,5	1,0	6,6	2,2	0,8	5,8	2,2	0,8	6,1	3,3	0,8	13,9	2,1	0,7	5,7
65 à 74 ans	2,7	1,0	7,7	2,6	0,9	7,6	2,6	0,9	7,7	6,1*	1,3	27,3	2,6	0,9	7,6
75 ans et plus†	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
Niveau de scolarité															
Diplôme d'études postsecondaires	1,2	0,7	2,0	1,1	0,6	1,8	1,1	0,6	1,8	1,1	0,6	1,9	1,1	0,6	1,8
Pas de diplôme d'études postsecondaires†	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
Comportement influant sur la santé															
Usage du tabac															
N'a jamais fumé	1,2	0,7	2,3	...	...	...	1,2	0,6	2,3	...	...	...	...	...	...
Ancien fumeur	1,1	0,7	1,9	...	...	...	1,2	0,7	2,0	...	...	...	...	...	...
Fumeur actuel†	1,0	...	...	...	...	...	1,0	...	...	...	...	...	...	...	...
Caractéristiques personnelles															
Fatalisme															
Élevé	0,5*	0,3	1,0	...	...	...	...	...	...	0,6	0,3	1,1	...	...	...
Faible†	1,0	...	...	...	...	...	...	...	...	1,0	...	...	...	...	...
Contrôle‡															
Faible	1,0	0,6	1,9	...	...	...	...	...	...	1,5	0,7	3,0	...	...	...
Élevé†	1,0	...	...	...	...	...	...	...	...	1,0	...	...	...	...	...
Ressources sociales															
A un médecin de famille															
Oui	0,8	0,4	1,8	...	...	...	...	...	...	...	...	...	0,8	0,4	1,8
Non†	1,0	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1,0	...	...
Soutien social élevé															
Oui	1,2	0,7	2,2	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1,0	0,6	1,9
Non†	1,0	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1,0	...	...
Marié / vivant en union libre / vivant avec un(e) conjoint(e)															
Oui	1,3	0,7	2,2	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1,1	0,6	2,0
Non†	1,0	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1,0	...	...

† catégorie de référence
‡ d'après les cycles 1 et 4 à 8 inclusivement
* estimation significativement différente de celle pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)
... n'ayant pas lieu de figurer
Nota : Les chiffres ayant été arrondis, certains rapports de cotes ayant une limite de confiance inférieure ou supérieure de 1,0 étaient statistiquement significatifs.
Source : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995 à 2008-2009, échantillon longitudinal (carré).

Tableau 4
Rapports de cotes reliant certaines caractéristiques au fait de devenir active, population à domicile de femmes inactives de 40 ans et plus ayant reçu le diagnostic d'une nouvelle maladie vasculaire, Canada, territoires non compris, 1994-1995 à 2008-2009

				Modèle 1			Modèle 2			Modèle 3			Modèle 4		
	Rapports de cotes non corrigés	Intervalle de confiance à 95 %		Rapports de cotes corrigés	Intervalle de confiance à 95 %		Rapports de cotes corrigés	Intervalle de confiance à 95 %		Rapports de cotes corrigés	Intervalle de confiance à 95 %		Rapports de cotes corrigés	Intervalle de confiance à 95 %	
Caractéristiques		de	à		de	à		de	à		de	à		de	à
Diagnostic d'une nouvelle maladie vasculaire															
Oui	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Non†	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Incapacité															
Aucune ou légère	2,5*	1,6	3,9	2,5*	1,6	3,8	2,5*	1,6	3,8	2,8*	1,6	4,9	2,3*	1,5	3,6
Modérée ou grave†	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
À la date de référence															
Données sociodémographiques															
Groupe d'âge															
40 à 49 ans	3,6*	1,7	7,5	2,5*	1,1	5,2	2,5*	1,1	5,4	1,6	0,7	3,9	2,1	0,9	4,5
50 à 64 ans	2,4*	1,2	5,0	1,9	0,9	4,1	2,0	0,9	4,2	1,1	0,5	2,6	1,7	0,8	3,7
65 à 74 ans	2,4*	1,1	5,4	1,8	0,8	4,1	1,8	0,8	4,1	1,3	0,5	3,3	1,7	0,7	3,7
75 ans et plus†	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
Niveau de scolarité															
Diplôme d'études postsecondaires	1,3	0,9	2,1	1,2	0,8	1,9	1,2	0,8	1,9	1,5	0,9	2,6	1,2	0,8	1,9
Pas de diplôme d'études postsecondaires†	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
Comportement influant sur la santé															
Usage du tabac															
N'a jamais fumé	1,0	0,6	1,7	...	...	...	1,0	0,6	1,8	...	...	...	...	...	...
Ancien fumeur	1,1	0,7	1,9	...	...	...	1,2	0,7	2,0	...	...	...	...	...	...
Fumeur actuel†	1,0	...	...	...	...	...	1,0	...	...	...	...	...	...	...	...
Caractéristiques personnelles															
Fatalisme‡															
Élevé	1,0	0,6	1,6	...	...	...	...	...	...	1,2	0,7	2,1	...	...	...
Faible†	1,0	...	...	...	...	...	...	...	...	1,0	...	...	...	...	...
Contrôle‡															
Faible	0,7	0,4	1,3	...	...	...	...	...	...	0,9	0,5	1,8	...	...	...
Élevé†	1,0	...	...	...	...	...	...	...	...	1,0	...	...	...	...	...
Ressources sociales															
A un médecin de famille															
Oui	0,6	0,3	1,3	...	...	...	...	...	...	...	...	...	0,8	0,3	1,7
Non†	1,0	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1,0	...	...
Soutien social élevé															
Oui	1,3	0,7	2,2	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1,2	0,7	2,2
Non†	1,0	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1,0	...	...
Mariée / vivant en union libre / vivant avec un(e) conjoint(e)															
Oui	1,5*	1,0	2,3	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1,2	0,8	1,9
Non†	1,0	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1,0	...	...

† catégorie de référence
‡ d'après les cycles 1 et 4 à 8 inclusivement
* estimation significativement différente de celle pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)
... n'ayant pas lieu de figurer
Nota : Les chiffres ayant été arrondis, certains rapports de cotes ayant une limite de confiance inférieure ou supérieure de 1,0 étaient statistiquement significatifs.
Source : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995 à 2008-2009, échantillon longitudinal (carré).

Tableau 5
Rapports de cotes reliant le diagnostic d'une nouvelle maladie vasculaire à l'amélioration des comportements influant sur la santé, aux obstacles à l'amélioration, et aux intentions à cet égard, selon le sexe, population à domicile inactive de 40 ans et plus en 1994-1995, Canada, territoires non compris, 1996-1997

	Hommes			Femmes		
	Rapports de cotes non corrigés	Intervalle de confiance à 95 %		Rapports de cotes non corrigés	Intervalle de confiance à 95 %	
		de	à		de	à
Améliorations						
A tenté d'améliorer sa santé au cours des 12 derniers mois						
Diagnostic d'une nouvelle maladie vasculaire						
Oui	1,4	1,0	2,0	1,1	0,8	1,6
Non†	1,0	...	...	1,0	...	...
Niveau d'exercice plus élevé						
Diagnostic d'une nouvelle maladie vasculaire						
Oui	1,0	0,6	1,6	0,6*	0,4	1,0
Non†	1,0	...	...	1,0	...	...
Obstacles						
Trop grande fatigue						
Diagnostic d'une nouvelle maladie vasculaire						
Oui	5,9*	1,5	22,9	1,4	0,4	4,8
Non†	1,0	...	...	1,0	...	...
Incapacité / problème de santé						
Diagnostic d'une nouvelle maladie vasculaire						
Oui	3,1	1,0	10,3	5,1*	2,2	11,7
Non†	1,0	...	...	1,0	...	...
Intentions						
A l'intention d'améliorer sa santé physique dans l'année						
Diagnostic d'une nouvelle maladie vasculaire						
Oui	1,0	0,5	1,7	0,6*	0,4	0,9
Non†	1,0	...	...	1,0	...	...
A l'intention de commencer à faire de l'exercice / plus d'exercice						
Diagnostic d'une nouvelle maladie vasculaire						
Oui	0,8	0,4	1,5	1,0	0,5	1,8
Non†	1,0	...	...	1,0	...	...

† catégorie de référence
* estimation significativement différente de celle pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)
... n'ayant pas lieu de figurer
Nota : Les chiffres ayant été arrondis, certains rapports de cotes ayant une limite de confiance inférieure ou supérieure de 1,0 étaient statistiquement significatifs.
Source : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995 et 1996-1997, échantillon longitudinal (carré).

étaient pris en compte, les personnes n'ayant pas d'incapacité ou ayant une incapacité légère affichaient une cote exprimant la possibilité de devenir actif significativement plus élevée que celles ayant une incapacité modérée ou grave. La cote exprimant la possibilité de devenir actif était plus faible chez les hommes fatalistes et plus élevée chez les femmes ayant un conjoint, bien que ces associations perdaient l'une et l'autre de l'importance dans les modèles complets.

D'autres analyses ont permis d'examiner les associations entre le diagnostic d'une maladie vasculaire et les changements réels dans les comportements influant sur la santé ou les intentions en ce sens. La cote exprimant la possibilité d'avoir amélioré sa santé d'une façon *quelconque* au cours des 12 derniers mois ne différait pas selon que les personnes avaient reçu ou n'avaient pas reçu le diagnostic d'une nouvelle maladie vasculaire (tableau 5). Parmi les femmes qui avaient réellement amélioré leurs comportements influant sur la santé, la cote exprimant la possibilité qu'elles déclarent une intensification de l'exercice comme changement le plus important était plus faible chez celles ayant reçu le diagnostic d'une nouvelle maladie vasculaire. Parmi les difficultés faisant obstacle aux efforts pour améliorer sa santé figuraient la trop grande fatigue chez les hommes et une incapacité ou un problème de santé chez les femmes.

En ce qui a trait à l'avenir, chez les femmes ayant reçu le diagnostic d'une nouvelle maladie vasculaire, la cote exprimant la possibilité qu'elles déclarent avoir l'intention d'essayer d'améliorer leur santé physique dans l'année était faible. Chez les femmes qui prévoyaient faire des changements, le diagnostic d'une maladie vasculaire n'était pas associé avec l'intention de commencer à faire de l'exercice ou d'en faire davantage.

Discussion

La présente étude, fondée sur un vaste échantillon représentatif de la population, a permis de déterminer que les adultes inactifs d'âge mûr et plus âgés qui avaient reçu le diagnostic d'une nouvelle maladie vasculaire (hypertension, maladie cardiaque ou diabète) ne sont pas devenus plus actifs.

Il a été proposé que le sentiment de contrôle chez une personne (fatalisme ou contrôle) peut avoir des répercussions sur ses comportements à la suite d'un diagnostic de maladie vasculaire. Ainsi, on s'attendait à ce que les personnes dont le sentiment de contrôle était grand soient portées à devenir actives durant leurs loisirs. Des travaux de recherche antérieurs ont montré qu'un grand sentiment de contrôle est associé à une perception positive de l'état de santé

Ce que l'on sait déjà sur le sujet

- Un nombre relativement peu élevé de Canadiens âgés tentent d'améliorer leur santé en faisant de l'exercice ou par d'autres moyens, ceux-ci invoquant souvent le manque de volonté comme obstacle.
- Malgré la tendance chez certaines personnes d'adopter de meilleurs comportements en matière de santé lorsqu'elles sont aux prises avec un nouveau problème de santé chronique (p. ex., cesser de fumer, perdre du poids, modifier son régime alimentaire et réduire sa consommation d'alcool), la plupart des personnes n'effectuent pas les changements nécessaires.
- Des recherches antérieures ont porté sur les changements au niveau de l'activité physique à la suite du diagnostic d'un nouveau problème de santé chronique, mais les résultats ne sont pas uniformes.

Ce qu'apporte l'étude

- Chez les Canadiens de 40 ans et plus, 57 % des femmes et 52 % des hommes étaient inactifs durant leurs loisirs en 2007-2008.
- Le diagnostic d'une nouvelle maladie vasculaire n'était pas associé au fait de devenir actif chez les personnes d'âge mûr ou plus âgées.
- Le fait pour les hommes d'avoir un médecin de famille et pour les femmes de vivre avec un conjoint était associé à l'adoption d'activité physique durant les loisirs.
- Chez les personnes ayant fait l'objet d'un nouveau diagnostic de problème de santé vasculaire, le niveau d'incapacité déterminait plus que n'importe quel autre facteur si elles se mettaient à faire davantage d'activité physique durant leurs loisirs.

chez les personnes déjà atteintes d'un problème de santé chronique[31,32], et que la santé des personnes âgées dont le sentiment de contrôle était grand a décliné beaucoup moins au fil du temps que celle des personnes dont le sentiment de contrôle était faible[33]. Cela s'explique peut-être par le fait, entre autres, que les personnes dont le sentiment de contrôle est grand sont plus susceptibles d'adopter des comportements favorables à la santé et d'utiliser des services de santé préventifs[34,35]. Les résultats de la présente étude n'appuient cette hypothèse que légèrement, les associations entre le sentiment de contrôle et le fait de devenir actif étant ressorties uniquement des modèles non ajustés.

Il est compréhensible que les personnes inactives le demeurent après l'apparition d'un nouveau problème de santé chronique. L'ENSP a dégagé des obstacles à l'amélioration de sa santé physique chez les personnes ayant reçu un nouveau diagnostic : la trop grande fatigue dans le cas des hommes, et une incapacité ou un problème de santé dans celui des femmes. Étant donné que ces obstacles sont courants au sein de la population générale[36], on peut envisager qu'ils limitent l'activité physique chez les personnes confrontées à des nouveaux problèmes de santé chroniques. Des études antérieures portent à croire que les personnes âgées craignent peut-être que l'activité physique soit douloureuse ou entraîne des blessures[37].

L'usage du tabac pourrait être un facteur clé d'autres modifications touchant les comportements influant sur la santé. À l'instar d'autres documents de recherche, la présente étude montre que la cote exprimant la possibilité de devenir actif est plus élevée chez les anciens fumeurs que chez les fumeurs actuels[35]. Toutefois, Allegrante et coll.[11] suggèrent que l'activité physique est un comportement de transition; une fois que celui-ci a fait l'objet d'un changement, d'autres suivent. Par contre, Newsom et coll.[38] ont déterminé que les comportements importants pour la santé, y compris en matière d'exercice et d'usage du tabac, sont dans une large mesure indépendants; ainsi, un changement à l'égard d'un comportement n'en entraîne pas forcément un autre.

Les ressources sociales influent peut-être sur la recherche de modes de vie plus actifs. La présente étude montre que le fait pour les hommes d'avoir un médecin de famille et pour les femmes de vivre avec un(e) conjoint(e) est significativement associé au fait de devenir actif. Des sources de soutien éventuel comme celles-ci sont importantes pour permettre aux personnes âgées de devenir plus actives[39].

Les normes sociales sont peut-être un facteur, elles aussi[37]. La majorité des Canadiens sont inactifs, particulièrement aux âges plus avancés[9]. Ainsi, à l'opposé des changements comme celui d'abandonner le tabac – au Canada, où les non-fumeurs sont majoritaires[10], on se conforme aux normes en cessant de fumer –, le fait de devenir actif est contraire à la norme. Par ailleurs, les stéréotypes de la personne âgée frêle et non portée à effectuer des changements de mode de vie et à profiter de tels changements créent d'autres obstacles à l'adoption d'un mode de vie plus actif[41,42].

Il se peut aussi que l'ENSP n'ait pas permis de déceler les changements d'activité physique. Les participants à l'enquête pourraient être devenus plus actifs, mais pas suffisamment pour passer de la catégorie des « inactifs » à celle des « actifs ». Cette explication est peu probable toutefois. Les analyses préliminaires des changements survenus entre la date de référence et le suivi dans les dépenses réelles d'énergie par rapport aux dépenses estimatives laissent supposer qu'il ne s'agit pas d'une question de classification; les personnes inactives avaient réellement tendance à le demeurer.

Même en demeurant inactifs, les participants à l'enquête pourraient avoir réalisé des progrès dans leur « processus » pour devenir actifs. Le modèle transthéorique (MTT) de changement de comportement fait état de cinq étapes : la précontemplation, la contemplation, la préparation, l'action,

et le maintien[43,44]. Le diagnostic d'une maladie vasculaire pourrait pousser une personne à entreprendre les premières étapes du processus. Cela dit, lorsqu'on a questionné les participants à l'enquête quant à leurs intentions pour améliorer leur santé physique, le diagnostic d'une maladie vasculaire n'était pas associé à l'intention de changer ses comportements. En fait, chez les femmes ayant reçu le diagnostic d'une nouvelle maladie vasculaire, la cote exprimant la possibilité d'avoir l'intention de changer était plus faible que chez les autres, ce qui est cohérent avec les résultats d'une étude antérieure sur les Canadiens âgés[45].

Limites

L'attrition due à la non-réponse représente une limite dans les études longitudinales. La non-réponse désigne les cas où il y a eu refus de participer à l'ENSP ou perte de vue au suivi. Parmi les 17 598 personnes observées qui répondaient aux critères d'inclusion de base (avoir 40 ans et plus, être inactif, n'avoir aucune maladie vasculaire et avoir des données complètes), 1 349 (7,7 %) ont été exclues en raison de la non-réponse au moment du suivi (tableau C en annexe). Au total, 397 (2,3 %) autres participants à l'enquête ont été exclus parce qu'ils sont décédés, et 109 (0,6 %), parce qu'ils ont été placés en établissement. Les personnes plus âgées et celles qui ne détenaient pas un diplôme d'études postsecondaires étaient plus susceptibles d'être des non-répondants; il ne ressortait aucune différence entre les hommes et les femmes (données non présentées). Il est possible que l'attrition ait entraîné un biais de sélection, car les participants à l'enquête jeunes et ayant un niveau de scolarité élevé n'ont peut-être pas les mêmes comportements en ce qui a trait à l'activité physique.

Même si, afin de maximiser la taille de l'échantillon, le plan de sondage a nécessité le regroupement de mesures répétées, relativement peu d'enregistrements ont montré que les participants à l'enquête sont devenus actifs au cours de la période de deux ans, en particulier parmi les participants à l'enquête qui venaient de recevoir le diagnostic d'un problème de santé vasculaire (tableau C en annexe). Les petites tailles d'échantillon augmentent la possibilité d'erreurs de type II, selon lesquelles une trop faible puissance peut empêcher de déceler les associations réelles entre certaines variables indépendantes et les changements dans l'activité physique.

L'ENSP permet de recueillir des données autodéclarées, lesquelles sont sujettes à des biais de remémoration et de désirabilité sociale. L'hypertension, la maladie cardiaque, le diabète et l'utilisation d'insuline n'ont été vérifiés par aucune autre source. L'étude ne tient pas compte d'autres problèmes de santé éventuellement liés à l'activité physique. Toutefois, dans les modèles multidimensionnels, les données ont été corrigées de l'incapacité, afin de tenir compte d'autres problèmes de santé et de la gravité des maladies vasculaires.

La variable de l'activité physique se limite aux activités durant les loisirs; l'activité physique au travail, pendant la réhabilitation et dans d'autres domaines non liés aux loisirs a été exclue. Par conséquent, le niveau global d'activité physique des participants à l'enquête est peut-être sous-estimé; certaines études donnent à penser que les activités autres que de loisirs, comme la marche ou faire de la bicyclette pour se déplacer, représentent une part substantielle de l'activité totale[46]. Toutefois, les personnes âgées sont plus susceptibles que les jeunes d'être inactives dans tous les domaines de leur vie[46].

Il n'existe pas de norme par excellence pour mesurer l'activité physique; tant avec les mesures directes qu'indirectes, il peut y avoir des problèmes et des biais[48]. Des travaux antérieurs ont dégagé une corrélation relativement faible entre l'activité physique directement mesurée et autodéclarée, ainsi qu'un manque d'uniformité dans le sens des différences : les données autodéclarées produisaient des estimations tantôt plus élevées, tantôt plus faibles[47]. Malgré les problèmes pouvant être liés à l'utilisation de renseignements autodéclarés, il s'agit d'une méthode reconnue de collecte de données sur l'activité physique dans les grandes enquêtes sur la population comme l'ENSP.

La liste des activités physiques varie légèrement selon le cycle de l'ENSP (tableau A en annexe), ce qui fait que certains « changements » pourraient dépendre de l'inclusion ou de l'exclusion dans cette liste d'activités particulières. Par ailleurs, entre les cycles, certains participants à l'enquête peuvent avoir augmenté leur niveau d'activité durant les loisirs, puis avoir rechuté. De tels changements auraient été imperceptibles, sauf peut-être lors de la sous-analyse, lorsqu'on a demandé aux participants s'ils avaient fait quelque chose pour améliorer leur santé au cours des 12 derniers mois.

Les données sur une vaste gamme de facteurs qui peuvent influencer le fait qu'une personne devienne physiquement active à la suite d'un diagnostic de problème de santé chronique ne sont pas recueillies dans le cadre de l'ENSP. Il s'agit notamment des attitudes et des comportements des membres de la famille et des amis, des antécédents familiaux de maladie ou de mode de vie, de la disponibilité ou de l'accessibilité de programmes de réhabilitation, ainsi que de l'environnement physique, comme des endroits sûrs où marcher et des installations de loisirs.

Conclusion

Les données de la présente étude montrent que, pour les Canadiens dont l'âge se situe du milieu à la fin de la vie, le diagnostic d'une nouvelle maladie vasculaire n'était pas associé au fait de devenir physiquement plus actif durant ses loisirs. Toutefois, certaines personnes ayant reçu un tel diagnostic sont devenues actives – les personnes sans incapacité ou ayant une incapacité légère avaient une cote exprimant la possibilité de participer à des activités physiques durant les loisirs plus élevée que les autres. Une étude plus poussée est requise pour évaluer la mesure dans laquelle les adultes âgés reconnaissent l'utilité de l'activité physique comme moyen de prévention secondaire, les

obstacles que doivent franchir les personnes âgées (particulièrement celles ayant des problèmes de santé chroniques et des incapacités) au moment de l'adoption de modes de vie plus actifs, et le soutien requis pour aider cette population à devenir plus active.

Remerciements

La présente étude a été financée en partie grâce à une subvention des National Institutes of Health: National Institute on Aging (R01 AG034211), Newsom (CP).

Références

1. M. Lalonde, *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens* (Catalogue H31-1374), Ottawa, Ministère des approvisionnements et services du Canada, 1981.
2. R.J. Romanow, *Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada – Rapport final*, Saskatoon, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, 2002, disponible à l'adresse http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection/CP32-85-2002F.pdf (consulté le 4 mai 2010).
3. C.L. Craig, S.J. Russell, C. Cameron *et al.*, « Twenty-year trends in physical activity among Canadian adults », *Canadian Journal of Public Health*, 95(1), 2004, p. 59-63.
4. N. Sari, « A short walk a day shortens the hospital stay: physical activity and the demand for hospital services for older adults », *Canadian Journal of Public Health*, 101(5), 2010, p. 385-389.
5. A.E. Baumen, « Updating the evidence that physical activity is good for health: an epidemiological review 2000-2003 », *Journal of Science and Medicine in Sport*, 7(1 Suppl.), 2004, p. 6-19.
6. D.H.J. Thijssen, A.J. Maiorana, G. O'Driscoll *et al.*, « Impact of inactivity and exercise on the vasculature in humans », *European Journal of Applied Physiology*, 108, 2010, p. 845-875.
7. M.J. Joyner et D.J. Green, « Exercise protects the cardiovascular system: effects beyond the traditional risk factors », *The Journal of Physiology*, 587(23), 2009, p. 5551-5558.
8. D.E.R. Warburton, C.W. Nicol et S.S.D. Bredin, « Health benefits of physical activity: The evidence », *Canadian Medical Association Journal*, 174(6), 2006, p. 801-809.
9. R.C. Colley, D. Garriguet, I. Janssen *et al.*, « Activité physique des adultes au Canada : résultats d'accélérométrie de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2007-2009 », *Rapports sur la santé*, 22(1), 2011, p. 7-15.
10. P.S. Keenan, « Smoking and weight changes after new health diagnosis in older adults », *Archives of Internal Medicine*, 169(3), 2009, p. 237-242.
11. J.P. Allegrante, J.C. Peterson, C. Boutin-Foster *et al.*, « Multiple health-risk behaviour in a chronic disease population: What behaviours do people choose to change? », *Preventive Medicine*, 46, 2008, p. 247-251.
12. C.I. Neutel et N.R.C. Campbell, « Changes in lifestyle after hypertension diagnosis in Canada », *Canadian Journal of Cardiology*, 24(3), 2008, p. 199-204.
13. T. Falba, « Health events and the smoking cessation of middle aged Americans », *Journal of Behavioral Medicine*, 28(1), 2005, p. 21-33.
14. M. Shields, « Cheminement vers l'abandon du tabac », *Rapports sur la santé*, 16(3), 2005, p. 23-43.
15. C. Vandelanotte, M.M. Reeves, J. Brug et I. De Bourdeaudhuij, « A randomized trial of sequential and simultaneous multiple behavior change interventions for physical activity and fat intake », *Preventive Medicine* 46, 2008, p. 232-237.
16. J.T. Newsom, N. Huguet, M.J. McCarthy *et al.*, « Health behavior change following chronic illness in middle and late life », *Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, 2011 (sous presse).
17. C.H. van Gool, G.I.J.M. Kempen, B.W.J.H. Penninx *et al.*, « Chronic disease and lifestyle transitions: Results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam », *Journal of Aging and Health*, 19(3), 2007, p. 416-438.
18. L. Swain, G. Catlin et M.P. Beaudet, « Enquête nationale sur la santé de la population – une enquête longitudinale », *Rapports sur la santé*, 10(4), 1999, p. 73-89.
19. J.-L. Tambay et G. Catlin, « Plan d'échantillonnage de l'Enquête nationale sur la santé de la population », *Rapports sur la santé*, 7(1), 1995, p. 31-42.
20. Y. Béland, Y. Bélanger, J. Dufour *et al.*, *Comparaison méthodologique entre l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) et l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC): Rapport interne du groupe de travail*, Ottawa, Statistique Canada, 2002.
21. Ontario Ministry of Health, *Ontario Health Survey 1990: Users's Guide Volume 2, Microdata Manual*, Toronto, Ontario Ministry of Health, 1992.
22. Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, Volet Ménages : Documentation des variables dérivées et des variables longitudinales constantes (Spécifications), Cycles 1 à 8 (1994/1995 à 2008/2009)*, Ottawa, Statistique Canada, 2010.
23. W. Furlong et D. Feeny, *Health Utilities Index Mark 2 (HUI2) and Mark 3 (HUI3) Disability Categories for Single- and Multi-Attribute Utility Scores*, le 29 octobre 2002 (non publié).
24. D. Feeny, W. Furlong, G.W. Torrance *et al.*, « Multiattribute and single-attribute utility functions for the Health Utilities Index Mark 3 System », *Medical Care*, 40(2), 2002, p. 113-128.
25. Y. Feng, J. Bernier, C. McIntosh et H. Orpana, « Validation des catégories d'incapacité dérivées des scores du Health Utilities Index Mark 3 », *Rapports sur la santé*, 20(2), 2009, p. 45-53.
26. L.I. Pearlin et C. Schooler, « The structure of coping », *Journal of Health and Social Behavior*, 19(1), 1978, p. 2-21.
27. J.W. Reich et A.J. Zautra, « Experimental and measurement approaches to internal control in at-risk older adults », *Journal of Social Issues*, 47(4), 1991, p. 143-158.
28. C.D. Sherbourne et A.L. Stewart, « The MOS social support survey », *Social Science and Medicine*, 32(6), 1991, p. 705-714.
29. J.N.K. Rao, C.F.J. Wu et K. Yue, « Quelques travaux récents sur les méthodes de rééchantillonnage applicables aux enquêtes complexes », *Techniques d'enquête*, 18(2), 1992, p. 225-234 (Statistique Canada, n° 12-001 au catalogue).
30. K.F. Rust et J.N.K. Rao, « Variance estimation for complex surveys using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research*, 5(3), 1996, p. 281-310.
31. C.A. Cott, M.A.M. Gignac et E.M. Badley, « Determinants of self rated health for Canadians with chronic disease and disability », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53, 1999, p. 731-736.

32. H.Q. Nguyen, D. Donesky-Cuenco et V. Carrieri-Kohlman, « Associations between symptoms, functioning, and perceptions of mastery with global self-rated health in patients with COPD: A cross-sectional study », *International Journal of Nursing Studies*, 45(9), 2008, p. 1355-1365.

33. Y. Milaneschi, S. Bandinelli, A.M. Corsi *et al.*, « Personal mastery and lower body mobility in community-dwelling older persons: the InCHIANTI Study », *Journal of the American Geriatric Society*, 58(1), 2010, p. 98-103.

34. M. Seeman et T.E. Seeman, « Health behavior and person autonomy: a longitudinal study of the sense of control in illness », *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 1983, p. 144-160.

35. J. Chen et W.J. Millar, « Commencer et continuer à faire de l'exercice », *Rapports sur la santé*, 12(4), 2001, p. 35-47.

36. R.C. Brownson, E.A. Baker, R.A. Housemann *et al.*, « Environmental and policy determinants of physical activity in the United States », *American Journal of Public Health*, 91(12), 2001, p. 1995-2003.

37. C.E. Garber et B.J. Blissmer, « The challenges of exercise in older adults », dans P.M. Burbank et D. Riebe, éd. *Promoting Exercise and Behavior Change in Older Adults: Interventions With the Transtheoretical Model*, New York, Springer Publishing Company, 2002, p. 29-55.

38. J.T. Newsom, B.H. McFarland, M.S. Kaplan *et al.*, « The health consciousness myth: implications of the near independence of major health behaviors in the North American population », *Social Science and Medicine*, 60(2), 2005, p. 433-437.

39. M.D. Litt, A. Kleppinger et J.O. Judge, « Initiation and maintenance of exercise behaviour in older women: Predictors from the social learning model », *Journal of Behavioral Medicine*, 25(1), 2002, p. 83-97.

40. S.T. Leatherdale et M. Shields, « Renoncement au tabac : intentions, tentatives et techniques », *Rapports sur la santé*, 20(3), 2009, p. 33-42.

41. L.R. Brawley, W.J. Rejeski et A.C. King, « Promoting physical activity for older adults: the challenges for changing behaviour », *American Journal of Preventive Medicine*, 25(3, Suppl. 2), 2003, p. 172-183.

42. A.V. Wister, « Editorial – It's never too late: healthy lifestyles and aging », *Canadian Journal on Aging*, 22(2), 2003, p. 140-150.

43. J.O. Prochaska et W.F. Velicer, « The Transtheoretical Model of Health Behavior Change », *American Journal of Health Promotion*, 21(1), 1997, p. 38-48.

44. A.V. Wister, *Baby Boomer Health Dynamics: How Are We Aging?*, Toronto, University of Toronto Press, 2005.

45. J.T. Newsom, M.S. Kaplan, N. Huguet *et al.*, « Health behaviors in a representative sample of older Canadians: prevalences, reported change, motivation to change, and perceived barriers », *The Gerontologist*, 44(2), 2004, p. 193-205.

46. H. Gilmour, « Les Canadiens physiquement actifs », *Rapports sur la santé*, 18(3), 2007, p. 49-70.

47. S.A. Prince, K.B. Adamo, M.E. Hamel *et al.*, « A comparison of direct versus self-report measures for assessing physical activity in adults: a systematic review », *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 5(1), 2008, p. 56.

Annexe

Tableau A
Activités physiques de loisir comprises dans la composante longitudinale de l'Enquête nationale sur la santé de la population, selon l'année

Activité	1994-1995 (cycle 1)	1996-1997 (cycle 2)	1998-1999 (cycle 3)	2000-2001 (cycle 4)	2002-2003 (cycle 5)	2004-2005 (cycle 6)	2006-2007 (cycle 7)	2008-2009 (cycle 8)
Marche pour faire de l'exercice	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Jardinage ou travaux à l'extérieur	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Natation	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Bicyclette	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Danse moderne ou danse sociale	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Exercices à la maison	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Hockey sur glace	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Patinage sur glace	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Patins à roues alignées	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Jogging ou course	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Golf	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Exercices dirigés ou aérobie	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Ski de fond	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Ski alpin ou planche à neige	Oui/Non	Oui/Non	Oui/Non	Oui/Non	Oui	Oui	Oui	Oui
Quilles	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Baseball ou balle molle	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Tennis	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Poids et haltères	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Pêche	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Volley-ball	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Yoga ou tai-chi	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Basketball	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Autre	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

Source : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995 à 2008-2009, échantillon longitudinal, composante des ménages.

Tableau B
Questions relatives au soutien social dans l'Enquête nationale sur la santé de la population, selon l'année et le cycle

Année/cycle	Questions
1994-1995 et 1996-1997[1]	1. Avez-vous un confident ou une confidente, c'est-à-dire quelqu'un à qui parler de vos sentiments ou préoccupations personnelles?
Cycles 1 et 2	2. Connaissez-vous quelqu'un sur qui vous pouvez vraiment compter en cas de crise?
	3. Connaissez-vous quelqu'un sur qui vous pouvez vraiment compter lorsque vous avez à prendre des décisions personnelles importantes?
	4. Quelqu'un vous fait-il sentir qu'il vous aime et qu'il tient à vous?
1998-1999 à 2008-2009[2]	**Dans quelle mesure avez-vous accès au type de soutien ci-dessous quand vous en avez besoin?**
Cycles 3 à 8	1. Une personne qui vous écoute quand vous avez besoin de parler?
	2. Une personne qui vous conseille en situation de crise?
	3. Une personne pour vous renseigner pour vous aider à comprendre les situations que vous traversez?
	4. Une personne à qui vous confier ou à qui parler de vous et de vos problèmes?
	5. Une personne dont vous recherchez vraiment les conseils?
	6. Une personne à qui confier vos inquiétudes et vos peurs les plus intimes?
	7. Une personne à qui demander des suggestions quand vous avez un problème d'ordre personnel?
	8. Une personne qui comprend vos problèmes?

[1] Division de la statistique de la santé, Statistique Canada
[2] C.D. Sherbourne et A.L. Stewart, « The MOS social support survey », *Social Science and Medicine*, 32(6), 1991, p. 705-714

Tableau C
Tailles d'échantillons pour l'analyse longitudinale : population à domicile des 40 ans et plus, inactifs, sans maladie vasculaire et dont les réponses étaient complètes à la date de référence

Cohorte	Année de référence (période 1)	Suivi (période 2)	Admissible l'année de référence	Exclu du suivi			Échantillon de l'étude			Inactif au moment du suivi		Actif au moment du suivi		Diagnostic de maladie vasculaire au moment du suivi		Inactif et diagnostic de maladie vasculaire au moment du suivi		Actif et diagnostic de maladie vasculaire au moment du suivi	
				Non-réponse	Décès	Placement en établissement	Total	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
1	1994-1995	1996-1997	3 341	204	95	25	3 017	1 290	1 727	938	1 336	320	378	135	194	99	148	30	45
2	1996-1997	1998-1999	3 097	191	79	22	2 805	1 229	1 576	838	1 156	361	409	98	148	64	115	29	33
3	1998-1999	2000-2001	2 682	198	52	18	2 414	1 065	1 349	746	998	261	321	79	142	51	97	21	41
4	2000-2001	2002-2003	2 576	229	51	17	2 279	994	1 285	655	873	312	390	95	109	63	86	28	21
5	2002-2003	2004-2005	2 137	202	50	12	1 873	827	1 046	589	767	226	267	84	87	59	62	25	23
6	2004-2005	2006-2007	2 075	137	38	10	1 890	816	1 074	492	662	277	361	69	70	44	44	19	22
7	2006-2007	2008-2009	1 690	188	32	5	1 465	623	842	424	555	183	269	43	57	36	40	6	14
Total			**17 598**	**1 349**	**397**	**109**	**15 743**	**6 844**	**8 899**	**4 682**	**6 347**	**1 940**	**2 395**	**603**	**807**	**416**	**592**	**158**	**199**

Nota : La non-réponse est constituée des refus de participer à l'enquête et de la perte de vue au suivi.
Source : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995 à 2008-2009, échantillon longitudinal (carré).